

## SAÚDE

## Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

## Despacho n.º 10901/2022

*Sumário:* Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).

Desde 2004, com o lançamento da *World Alliance for Patient Safety*, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a segurança do doente e a necessidade de cuidados de saúde de qualidade como uma prioridade global. Esta iniciativa surgiu no seguimento de uma crescente preocupação internacional em torno do dano evitável decorrente ou associado aos cuidados de saúde. De então para cá, foram definidos três Global Patient Safety Challenges dirigidos a áreas *major* de segurança do doente, uma delas as infeções associadas a cuidados de saúde.

Simultaneamente, a OMS publicou em 2001, o *WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance* que desenha uma matriz de intervenções para reduzir a emergência e transmissão de microorganismos multirresistentes, matriz essa que foi redesenhada com a publicação, em 2012, do *The Evolving Threat of Antimicrobial Resistance — Options for Action*.

Por seu lado, o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) desenvolve desde o final do século passado, sistemas de vigilância epidemiológica de infeções associadas a cuidados de saúde, de microorganismos resistentes e de consumo de antimicrobianos.

A crescente preocupação com estes desafios de saúde pública levou à criação em Portugal de Programas de Saúde dedicados especificamente a estes tópicos.

O Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, procedeu à criação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), fundindo, assim, os anteriores programas nacionais de Controlo de Infeção e de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos.

Os objetivos gerais deste Programa são a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microorganismos com resistência a antimicrobianos, tendo sido definido como programa de saúde prioritário, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, pelo Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio, na sua redação atual.

Através do Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro, definiu-se a estrutura vertical de gestão do PPCIRA, incluindo os grupos de coordenação regional em cada uma das Administrações Regionais de Saúde e os grupos de coordenação local em todas as entidades públicas prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde, bem como os responsáveis locais das unidades da rede nacional de cuidados continuados integrados.

No âmbito do PPCIRA, foi ainda criado um grupo de trabalho interinstitucional, integrando a Direção-Geral da Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., o INFARMED, I. P., e a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., com a missão de garantir os mecanismos que permitem a obtenção de indicadores por instituição hospitalar («Índice de Qualidade PPCIRA»), tendo-se verificado resultados na melhoria da qualidade nesta área crítica para a segurança dos doentes.

Tendo decorrido nove anos sobre a criação do PPCIRA, face à necessidade de reforçar a melhoria de múltiplos indicadores de saúde no âmbito deste Programa, na sequência dos efeitos provocados pela pandemia da doença COVID-19, e no contexto mais global de implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), criado nos termos do Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, justifica-se atualizar o PPCIRA na sua missão, adaptando a sua estrutura aos desafios crescentes e emergentes, afetando todo o Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente cuidados hospitalares, primários e continuados.

Assim, nos termos do disposto no artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, na sua redação atual, e na alínea a) do n.º 1 do Despacho n.º 6416/2022, de 20 de maio, determino:

1 — A Direção-Geral da Saúde (DGS) desenvolve, como programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências a Antimicrobianos, adiante também designado por PPCIRA ou por Programa.

2 — Os objetivos gerais do PPCIRA são a redução da incidência de infeção associada a cuidados de saúde, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos.

3 — A governação do PPCIRA assenta numa estrutura com três níveis:

a) Central, através da direção nacional do Programa, integrada na DGS;

b) Regional, através das Unidades Regionais PPCIRA (UR-PPCIRA), que integram a orgânica de cada Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS), e que reportam à direção nacional do Programa;

c) Local, através das Unidades Locais do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA), integradas nos estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente os agrupamentos de centros de saúde (ACES), os estabelecimentos hospitalares, as unidades locais de saúde (ULS) e as unidades de internamento da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI).

4 — O diretor do PPCIRA é nomeado pela diretora-geral da Saúde, a quem reporta, obtida a concordância do membro do Governo responsável pela área da saúde.

5 — O Diretor do PPCIRA pode propor a nomeação de até cinco coadjuvantes para integrar a direção nacional do Programa, nos termos dos n.ºs 3 e 4 do Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio, na sua redação atual.

6 — O Diretor do PPCIRA pode ainda constituir e nomear uma equipa mais alargada que o apoiará na gestão do Programa, nomeadamente na implementação de projetos nacionais ou internacionais relevantes.

7 — As nomeações referidas nos números anteriores não implicam o pagamento de quaisquer abonos ou suplementos remuneratórios nem a criação de cargos dirigentes.

8 — As UR-PPCIRA são criadas em cada uma das ARS e prosseguem as seguintes atribuições:

a) Coordenar e apoiar as atividades de prevenção e controlo de infeção, o uso adequado de antimicrobianos e a prevenção de resistências a antimicrobianos, nas unidades de saúde da sua região de saúde, no respeito pelas normas e orientações do PPCIRA e da DGS;

b) Garantir o trabalho colaborativo das UL-PPCIRA dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), das instituições hospitalares, das ULS e das unidades da RNCCI da sua região;

c) Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica nacionais de infeção associada a cuidados de saúde, de consumo de antimicrobianos e de resistências a antimicrobianos;

d) Promover e monitorizar a investigação de surtos e a realização de inquéritos epidemiológicos, colaborando na realização de auditorias;

e) Programar a realização de ações de formação e divulgação em cada região, nomeadamente promovendo as normas, as orientações e as estratégias da direção nacional do PPCIRA;

f) Elaborar um plano de atividades anual, que deve ser remetido ao diretor do PPCIRA, até 30 de novembro do ano anterior ao que reporta o plano;

g) Elaborar um relatório anual, que inclua, mas não se esgote, nos indicadores relativos ao objetivo estratégico 5.3 do PNSD 2021-2026, que deve ser remetido ao diretor do PPCIRA, até 31 de março do ano seguinte ao qual se reporta;

h) Apoiar o conselho diretivo de cada ARS na implementação do PNSD 2021-2026.

9 — A composição da UR-PPCIRA deve obedecer à seguinte estrutura:

- a) Ser constituída, no mínimo, por cinco elementos, com competência e experiência na área de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos;
- b) Ter natureza multidisciplinar, incluindo obrigatoriamente na sua composição, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um farmacêutico, bem como elementos dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados;
- c) Ser coordenada por um médico com dedicação de, pelo menos, 12 horas semanais a esta função, devendo o total de horas dedicado pelos elementos do grupo ser superior a 60 horas semanais;
- d) Ser apoiada cientificamente por especialistas nas áreas de saúde pública, epidemiologia, farmácia, saúde ocupacional e saúde ambiental;
- e) Ter um dos seus membros como elemento integrante da comissão de farmácia e terapêutica da respetiva ARS;
- f) Ter um dos seus membros como elemento da estrutura de qualidade e segurança da respetiva ARS.

10 — As UL-PPCIRA dos cuidados de saúde primários são criadas em todos os ACES e prosseguem as seguintes atribuições:

- a) Colaborar com as UR-PPCIRA nas atividades de prevenção e controlo de infeção, de uso adequado de antimicrobianos e de prevenção de resistências a antimicrobianos, no respeito das normas e orientações do PPCIRA e da DGS;
- b) Garantir, no ACES, o cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção, as precauções baseadas nas vias de transmissão e a implementação de auditorias;
- c) Garantir o cumprimento obrigatório do programa de vigilância epidemiológica de infeção de local cirúrgico, com informação de retorno às unidades hospitalares;
- d) Assegurar a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco, planeando estratégias de definição de fluxos e cortes de utentes;
- e) Garantir o retorno da informação de consumo de antimicrobianos e resistências aos antimicrobianos aos clínicos das várias unidades funcionais, na procura de melhoria colaborativa;
- f) Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;
- g) Criar canais expeditos de aconselhamento e consultadoria de médico de UL-PPCIRA hospitalar no momento de prescrição de antimicrobianos nos ACES, sempre que considerado necessário pelo clínico de cuidados de saúde primários;
- h) Ter um dos seus membros a integrar a Comissão de Qualidade e Segurança do ACES;
- i) Integrar as suas atividades no plano e relatório anual da UR-PPCIRA e da direção nacional do PPCIRA.

11 — As UL-PPCIRA dos cuidados de saúde primários reportam ao Conselho Executivo dos ACES e às UR-PPCIRA, sendo constituídas por um médico com, pelo menos, 8 horas por semana dedicadas, e por um enfermeiro com, pelo menos, 35 horas por semana dedicadas, ambos com reconhecida competência acrescida nesta área.

12 — As UL-PPCIRA hospitalares são criadas em todos os estabelecimentos hospitalares do SNS e compete-lhes:

- a) Promover e supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos;
- b) Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde, de consumo de antimicrobianos e de resistências aos antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos-problema e de microrganismos alerta e a implementação de auditorias clínicas internas;
- c) Garantir o cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção e precauções baseadas nas vias de transmissão;

d) Promover práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes e/ou epidemiologicamente significativos, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco, garantindo o fluxo de informação entre serviços e instituições e planeando políticas de definição de fluxos e coortes;

e) Garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção, de consumo de antimicrobianos e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas;

f) Garantir o cumprimento das normas e orientações nacionais do PPCIRA e da DGS e colaborar com a UR-PPCIRA e com a direção nacional do PPCIRA nas atividades do Programa;

g) Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;

h) Promover a investigação de possíveis surtos, nomeadamente pela realização de inquéritos epidemiológicos e colaborar na realização de auditorias;

i) Promover aquisição de conhecimento nesta área, através de investigação e intervenções de melhoria de qualidade;

j) Ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro-chefe de cada serviço clínico, contratualizando com cada serviço objetivos e metas, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas por um médico e um enfermeiro de cada serviço, que funcionem como elos do processo;

k) Integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da UR-PPCIRA e da direção nacional do PPCIRA.

13 — As UL-PPCIRA hospitalares constituem-se como uma unidade orgânica da instituição, enquanto unidade ou serviço, tendo um diretor médico e um enfermeiro gestor, ou com funções de gestão, nomeados pelo conselho de administração, sob proposta do diretor clínico e do diretor de enfermagem, respetivamente, ambos personalidades com reconhecidas competência e capacidade acrescidas nesta área, respeitando o disposto nos artigos 20.º a 23.º do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, na sua redação atual.

14 — O funcionamento das UL-PPCIRA hospitalares deve obedecer aos seguintes critérios:

a) O diretor e o enfermeiro gestor, ou com funções de gestão, devem ter a totalidade do seu horário dedicado à UL-PPCIRA;

b) Deve ter natureza multidisciplinar, incluindo obrigatoriamente na sua composição, médicos (incluindo, pelo menos, um patologista clínico/microbiologista), enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos de saúde ligados à área de intervenção, nomeadamente um elemento com competências na área da ciência da qualidade e ciência de implementação;

c) Nos hospitais com menos de 150 camas, admite-se que o diretor e o enfermeiro tenham uma parcela do horário, não superior a um terço, dedicado a outras atividades;

d) Para além do diretor, deve ter um médico com pelo menos 28 horas de atividade dedicadas por cada 250 camas hospitalares;

e) Para além do enfermeiro, que exerce funções de gestão, deve ter outro enfermeiro, em dedicação da totalidade do horário, por cada 150 camas hospitalares.

15 — As UL-PPCIRA hospitalares interagem com o serviço, unidade ou centro de epidemiologia e com a unidade, serviço ou comissão de qualidade e segurança, idealmente numa integração de tipo departamental.

16 — O diretor da UL-PPCIRA hospitalar integra a comissão de qualidade e segurança referida no Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março, assim como a comissão de farmácia e terapêutica do respetivo hospital, nas situações aplicáveis.

17 — As ULS criam uma UL-PPCIRA que reúne as atribuições dos cuidados de saúde primários e hospitalares, nos termos referidos nos números anteriores.

18 — A UL-PPCIRA das unidades da RNCCI prosseguem as seguintes atribuições:

a) Colaborar com as UR-PPCIRA nas atividades de prevenção e controlo de infeção, de uso adequado de antimicrobianos e de prevenção de resistências a antimicrobianos, no respeito das normas e orientações do PPCIRA e da DGS;

b) Garantir o cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção, precauções baseadas nas vias de transmissão e implementar auditorias;

c) Assegurar a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco, planeando estratégias de definição de fluxos e cortes de utentes;

d) Garantir o retorno da informação de consumo de antimicrobianos e resistências aos antimicrobianos aos clínicos.

19 — As UL-PPCIRA das unidades da RNCCI são nomeadas pelas equipas de coordenação regional da Rede e são constituídas por um médico e por um enfermeiro com competências acrescidas na área, tendo um horário dedicado de, pelo menos, 8 horas semanais para cada um dos profissionais.

20 — Todas as entidades prestadoras de cuidados do SNS, nomeadamente os ACES, as instituições hospitalares, as ULS e as unidades da RNCCI, têm de implementar um Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), gerido pela UL-PPCIRA.

21 — O PAPA tem como missão a otimização da terapêutica antimicrobiana, evitando a prescrição desnecessária, o prolongamento inadequado ou o impacto ecológico desnecessariamente alargado.

22 — O PAPA deve usar metodologias restritivas e capacitadoras, de natureza educacional e também comportamental, devendo incluir o retorno de informação sobre métricas e indicadores de prescrição por unidade de saúde, por serviço e por prescritor.

23 — O PAPA deve ter especial atenção e cuidar de avaliar e validar, em menos de 72 horas, todas prescrições de quinolonas, carbapenemes, ceftolozano/tazobactam, cefatazidima/avibactam, colistina, vancomicina, linezolid, daptomicina e de novos antibióticos que sejam introduzidos no mercado.

24 — O processo de contratualização de cuidados de saúde no SNS integra o Índice de Qualidade PPCIRA, constituído pelos seguintes indicadores:

a) Para cuidados de saúde primários:

i) Cumprimento das especificações de recursos humanos na área PPCIRA, incluindo PAPA, determinadas no presente despacho;

ii) Existência de programa de melhoria de qualidade na área da prescrição de antibióticos que inclua monitorização e retorno de informação de prescrição aos clínicos, pelo menos trimestral, em pelo menos 90 % das unidades funcionais do ACES;

iii) Participação nos três módulos da Estratégia Multimodal em Precauções Básicas de Controlo de Infeção (higiene das mãos, uso de luvas e realização de auditorias), através da plataforma PPCIRA/DGS, de pelo menos 90 % das unidades funcionais do ACES;

iv) Taxa de adesão ao primeiro momento de higiene das mãos superior ou igual a 90 %, em pelo menos, 90 % das unidades funcionais do ACES;

v) Redução, em relação ao ano anterior, da prescrição global de antibióticos, expressa em doses diárias definidas (DDD);

vi) Redução, em relação ao ano anterior, do rácio antibiótico de largo espectro sobre antibiótico de espectro estreito;

b) Para os estabelecimentos hospitalares:

i) Existência de ferramenta informática que permita a produção de dados em tempo real para a realização integrada de vigilância epidemiológica de infeção de local cirúrgico, bacteriemia relacionada com o cateter vascular central, pneumonia associada ao tubo endotraqueal, infeção urinária relacionada com cateter vesical, de cumprimento dos feixes de intervenção de prevenção de infeção, de consumo de antimicrobianos e de resistências a antimicrobianos;

ii) Cumprimento das especificações de recursos humanos na área PPCIRA, incluindo PAPA, determinadas pelo presente despacho;

iii) Taxa de adesão ao primeiro momento de higiene das mãos superior ou igual a 90 %;

iv) Participação da instituição no STOP-Infeção Hospitalar 2.0;

v) Redução em, pelo menos, 10 % da taxa global de infeção de local cirúrgico, da infeção urinária associada a cateter vesical, da pneumonia associada a tubo endotraqueal e da bacteriemia relacionada com cateter vascular central do ano anterior para o ano em análise;

vi) Cumprimento, em pelo menos, 90 %, de todos e cada um dos feixes de intervenção de prevenção das quatro tipologias de infeção acima citadas;

vii) Taxa de *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenemes no total de *Klebsiella pneumoniae* isoladas em amostras invasivas igual ou inferior a 10 % ou redução da taxa, em pelo menos, 20 %, em relação ao ano anterior;

viii) Consumo global hospitalar de antibióticos inferior a 1,40 DDD por 1000 doentes saídos ou redução, em pelo menos, 20 % em relação ao ano anterior;

ix) Consumo hospitalar de carbapenemes inferior a 0,10 DDD por 1000 doentes saídos ou redução, em pelo menos, 20 % em relação ao ano anterior;

c) Para as unidades da RNCCI:

i) Participação nos três módulos da Estratégia Multimodal em Precauções Básicas de Controlo de Infeção (higiene das mãos, uso de luvas e realização de auditorias PBCI), através da plataforma PPCIRA/DGS;

ii) Taxa de adesão ao primeiro momento de higiene das mãos superior ou igual a 90 %;

iii) Participação no Projeto ITUCCI do PPCIRA/DGS com a RNCCI;

iv) Redução dos antibióticos prescritos para infeção urinária, em relação ao ano anterior, medidos em DDD por dias de residente.

25 — É criado um grupo de trabalho entre a DGS, a ACSS, I. P., o INFARMED, I. P., o INSA, I. P., e a SPMS, E. P. E., coordenado pela DGS, com o objetivo de, até 31 de dezembro de 2023, promover o desenvolvimento dos sistemas de informação de forma a permitir a:

a) Vigilância epidemiológica integrada de infeção de local cirúrgico, bacteriemia relacionada com o cateter vascular central, pneumonia associada ao tubo endotraqueal, infeção urinária relacionada com cateter vesical, de cumprimento dos feixes de intervenção de prevenção de infeção, de consumo de antimicrobianos e de resistências a antimicrobianos;

b) Produção de alertas em tempo real, no caso de aparecimento de combinações microrganismo/resistência classificados como «alerta» ou «problema», conforme Norma da DGS;

c) Comunicação em tempo real entre o médico prescritor nos ACES e UCC e a UL-PPCIRA hospitalar (solução tipo «Consultant Connect»);

d) Produção de dados em tempo real com retorno de informação, de dados e indicadores, a serviços e unidades clínicas;

e) Transposição automatizada destes dados para a plataforma europeia/ECDC, através de submissão de dados ao sistema europeu de vigilância;

f) Produção automatizada dos indicadores que integram o Índice de Qualidade PPCIRA;

g) Acesso à informação acima citada, com diferentes níveis de acesso — local, regional e nacional.

26 — O grupo de trabalho interinstitucional referido no ponto anterior articula com outras entidades relevantes para o cumprimento dos objetivos definidos, nomeadamente com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e com a Comissão de Acompanhamento e Monitorização do PNSD 2021-2026, criada na sequência do Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro.

27 — Este grupo de trabalho promove, ainda, o desenvolvimento da plataforma de Prescrição Eletrónica do Medicamento (PEM), de forma a integrar o diagnóstico de doença infecciosa na prescrição eletrónica de antimicrobianos e de fomentar as melhores práticas de prescrição através de metodologias comportamentais tecnológicas (ex. default options, nudges).

28 — Prevê-se, ainda, a elaboração e implementação do Plano Nacional Uma Só Saúde de Combate às Resistências a Antimicrobianos para os anos de 2023-2030, com natureza interministerial, fruto da colaboração da DGS, através do PPCIRA e em alinhamento com o PNSD 2021-2026, com a Direção-Geral da Alimentação e Veterinária, com a Agência Portuguesa do Ambiente, I. P., e



com a Direção-Geral da Educação, visando a criação de uma Aliança Intersectorial para o Combate às Resistências a Antimicrobianos.

29 — É criado o Selo de Qualidade PPCIRA, o qual visa reconhecer produtos educacionais com conteúdos alinhados com as normas e os princípios do PPCIRA, contribuindo, assim, para a melhoria da literacia e do conhecimento em prevenção e controlo de infeção e de resistências a antimicrobianos.

30 — A DGS aprova e divulga o Regulamento de atribuição do Selo de Qualidade PPCIRA, nomeadamente os requisitos técnicos e científicos a que devem obedecer as avaliações dos projetos candidatos.

31 — São revogados os Despachos n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, n.º 15423/2013, de 26 de novembro, e n.º 3844-A/2016, de 15 de março.

32 — O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

2 de setembro de 2022. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, *António Lacerda Sales*.

315661929